

In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



3. Interprétation du cliché de face : comment lire une RX de thorax ?

- Lecture comme un livre, de gauche à droite et de haut en bas
- Regarder le cliché dans sa globalité depuis l'extérieur vers le médiastin (cœur, poumons)
- Lecture symétrique des cotés D et G avec examen comparatif (cf fig 1 et 2)

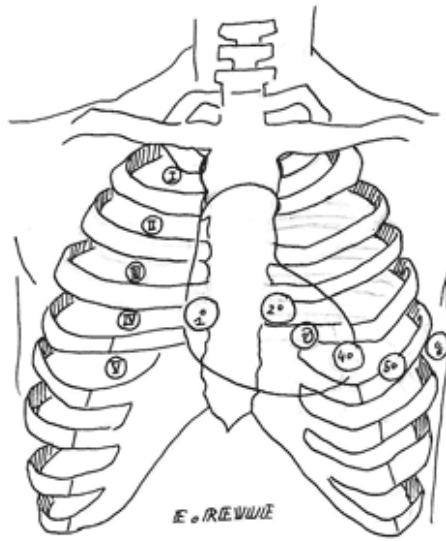


Figure 1 - Repères anatomiques : la radiographie de thorax permet de visualiser successivement la cage thoracique (côtes) et le médiastin (cœur, vaisseaux, poumons, plèvres, etc..). Il faut donc regarder méticuleusement toutes les parties

4. Vérifier la qualité technique du cliché

- Visualiser l'ensemble de la cage thoracique
- Cliché en inspiration profonde : 7 arcs costaux antérieurs et 10 arcs costaux postérieurs au dessus des coupes diaphragmatiques
- Visualisation des coupes diaphragmatiques
- S'assurer du cliché pris strictement de face : visualisation des bords internes des clavicules à égale distance des épineuses dorsales. Respect de l'alignement de la ligne des épineuses des vertèbres dorsales. épaules bien dégagées afin que les omoplates ne se superposent pas au parenchyme pulmonaire.
- Lorsque le sujet est debout, la distance entre la poche à air de l'estomac et le sommet de la coupole G est inférieure à 1 cm.
- Conditions de réalisation du cliché (schéma)
- Position debout thorax contre la plaque avec les épaules recouvrant la plaque. Incidence postéro antérieure.

5. Les objectifs d'une bonne lecture d'une radio de thorax

- Percevoir le contraste
- Perception des lignes
- Perception de la profondeur
- Perception des images normales
- Perception des images pathologiques

Contraste : les rayons X traversent plusieurs densités différentes

- Air (en noir sur le cliché)
- Les tissus graisseux (aspect grisé)
- L'eau
- Les os (en clair et blanc sur un cliché)



Figure 2 - Radiographie de thorax de face Examen de l'ensemble de la cage thoracique (côtes, clavicules) puis du parenchyme pulmonaire et du médiastin (cœur aorte). Il faut observer le squelette les parties molles extrathoraciques (cou, trachée, épaules), le médiastin (cœur aorte trachée, hiles pulmonaires), la plèvre, les coupes diaphragmatiques, les culs de sac, la poche à air gastrique et le parenchyme pulmonaire de manière comparative.

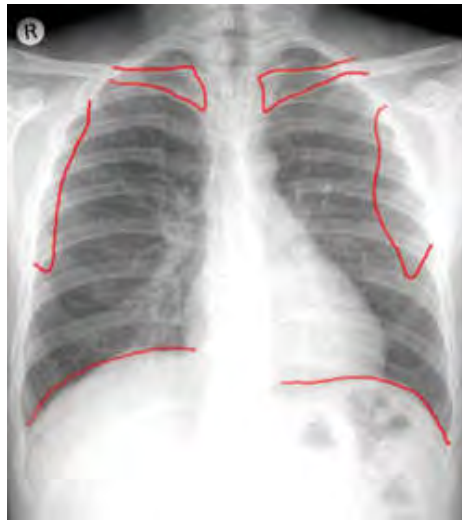


Figure 3 - Repères du cliché de Thorax de Face : inspiration profonde permettant de dégager 6 à 7 arcs costaux antérieurs, cliché strictement de face avec les bords internes des clavicules à égale distance des épines dorsales, omoplates bien dégagées du parenchyme pulmonaire. La coupole diaphragmatique D est plus haute que la gauche en raison de la présence du foie. La poche à air gastrique est distante de < 1 cm du sommet de la coupole G sur un cliché pris debout.

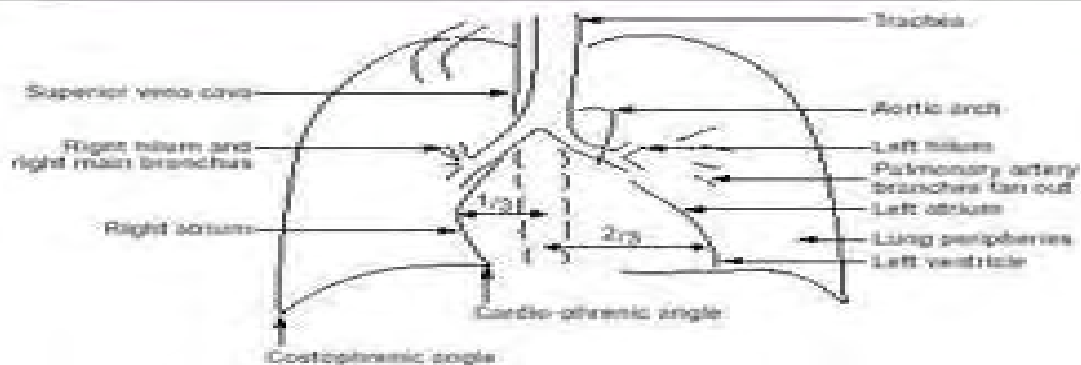
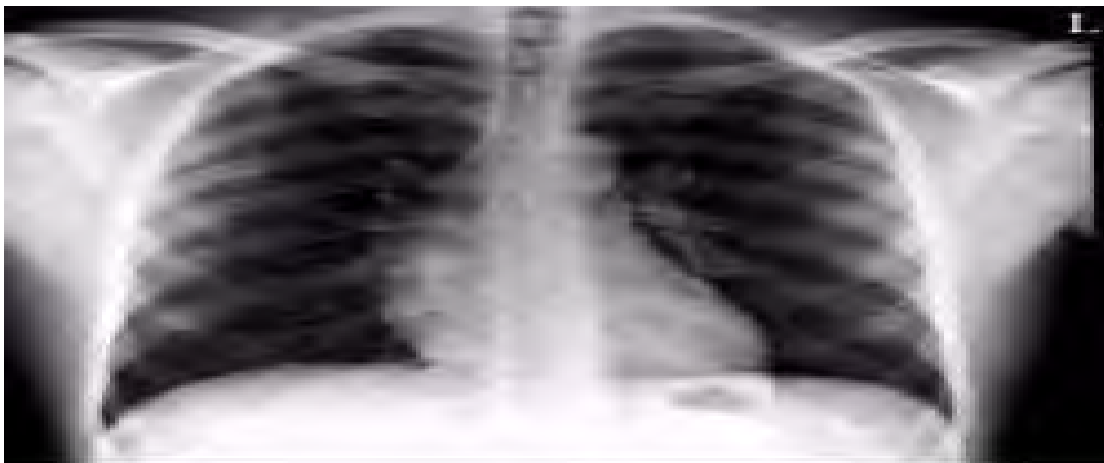


Figure 5 - principaux repères à rechercher sur un cliché de thorax

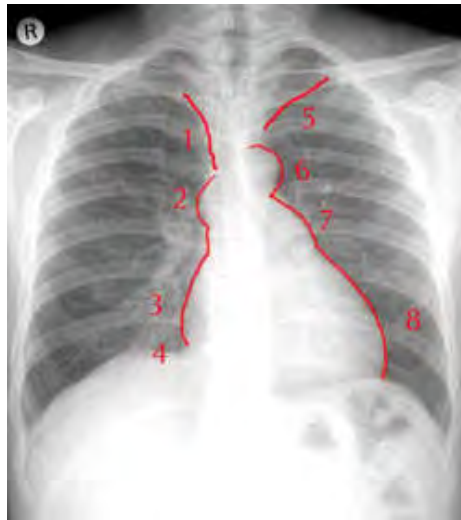


Figure 6 Médiastin silhouette cardiaque : tronc veineux brachio-céphalique (1), veine cave supérieure (2), oreillette droite (3), veine cave inférieure (4), artère sous clavière D (5), bouton aortique (6), artère pulmonaire et oreillette G (7), ventricule G (8)

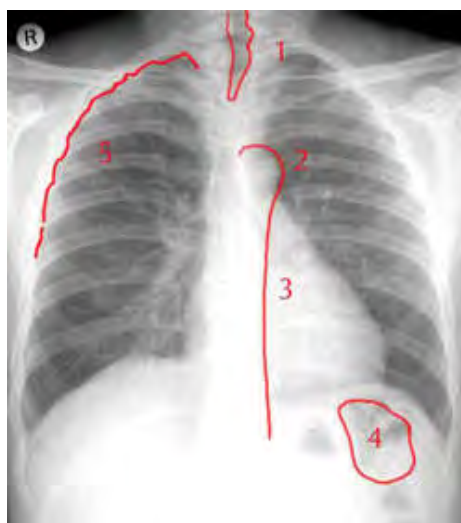


Figure 7 - Mediastin trachée (1) crosse aorte (2) et aorte descendante (3) poche à air gastrique (4) plèvre (5)

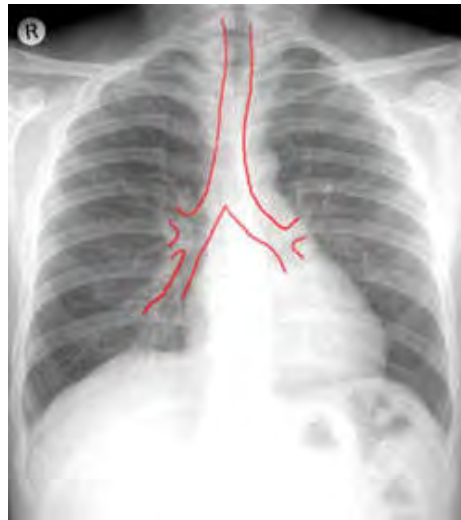


Figure 8 - Arbre trachéobronchique avec mise en évidence de la trachée et des bronches D et G. la bronche D étant plus basse que la G. Le parenchyme pulmonaire doit être de tonalité identique. La vascularisation doit être symétrique. Les scissures sont parfois visibles

6.Exemples de clichés pathologiques



Figure 9 - fracture de cote

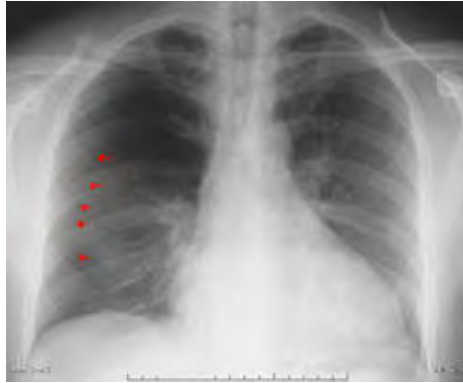


Figure 10 - Fractures de cotes avec pneumothorax D : les flêches indiquent le bord pleural



Figure 11 - Fractures de cotes multiples avec volt thoracique contusion thoracique D



Figure 12 - Pneumothorax G : le poumon G est totalement rétracté (flêches) par la présence d'air dans la cavité thoracique





Figure 13 - Oedeme Aigu du poumon (OAP) : augmentation de la taille de l'index cardiothoracique (rapport ICT = taille du cœur / taille du thorax) avec syndrome alvéolaire en « aile de papillon »

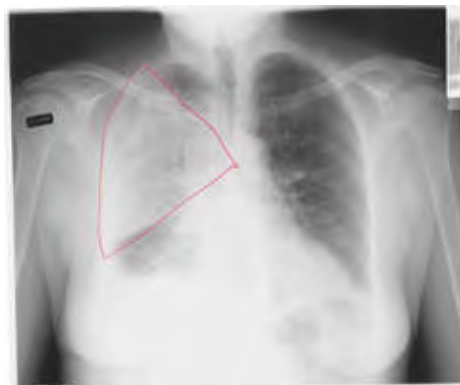


Figure 14 - Pneumopathie Franche lobaire aigue droite : aspect typique triangulaire et bien limité de l'opacité pulmonaire